

Edificio Torre Alfa,
Colonia Lomas del Guijarro
Avenida República Dominicana,
Tegucigalpa, M.D.C. Honduras.
Teléfonos (504) 2239-0067, 71, 72, 73

GUÍA PRÁCTICA DE LA AUDITORÍA SOCIAL
SERVICIOS DE SALUD DE NIVEL PRIMARIO EN EL MARCO
DEL CONVENIO SUSCRITO ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL GESTOR

MANUAL 5
CAJA DE HERRAMIENTAS I



USAID | NEXOS
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



GUÍA PRÁCTICA DE LA AUDITORÍA SOCIAL
SERVICIOS DE SALUD DE NIVEL PRIMARIO
EN EL MARCO DEL CONVENIO SUSCRITO ENTRE
LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL GESTOR

MANUAL 5

AUDITORÍA SOCIAL
CAJA DE HERRAMIENTAS I

“Un compromiso compartido para mejorar los servicios locales”

ACLARACIÓN

Los puntos de vista expresados por el autor en esta publicación, no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Este documento ha sido revisado conforme a los cambios de La Real Academia Española RAE 2010.

Tiraje: 100 Ejemplares

Edición, diseño, diagramación e impresión:

RILMAC Impresores, S. de R.L. de C.V.

PBX: (504) 2245-1625, E-mail: gerencia@rilmacimpresores.com

www.rilmacimpresores.com

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A., 2016

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	5
1. PRESENTACIÓN	13
2. CAPÍTULO I. LA SECRETARÍA DE SALUD COMO RECTORA DEL SERVICIO Y EL DERECHO A LA SALUD	14
2.1 El derecho a la salud y el marco legal en Honduras	14
2.2. La Secretaría de Salud como rectora del servicio de salud	14
2.3. Estructura operativa para provisión del servicio de salud en forma centralizada	15
2.4 Estructura operativa para provisión del servicio de salud en forma descentralizada	16
2.5. La reforma en el sector salud	16
2.6. Oferta de servicios en el primer nivel de atención en salud	17
2.7. Los gestores en el modelo de salud descentralizado	18
3. CAPÍTULO II. LA Auditoría Social Y TEMAS DE AUDITORÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD	18
3.1. La Auditoría Social como mecanismo para ejercer ciudadanía	18
3.2. Propósito de la Auditoría Social	18
3.3. Ámbito de competencia de la Auditoría Social	19
3.4. Menú de temas para una Auditoría Social al servicio de salud de nivel primario	19
4. CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO	20
5. ANEXOS: HERRAMIENTAS PARA OBTENER INFORMACIÓN DE ACTORES CLAVES DEL PROCESO DE AUDITORÍA	25
6. ACRÓNIMOS Y SIGLAS	42
7. BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN EJECUTIVO

1. Objetivo:

Contribuir a mejorar los servicios primarios de salud, mediante la investigación y verificación de procesos y resultados para desarrollar capacidades en el gestor y gestionar el servicio, identificando las debilidades que deben ser subsanadas por los involucrados a fin de optimizar su manejo.

2. Estrategia:

La Auditoría Social a la prestación de servicios de salud en nivel primario, se hará a través de un equipo de trabajo integrado por miembros de las Comisiones Ciudadanas de Transparencia (CCT) de cada municipio que forma parte de la red de salud, atribuida al gestor por la Secretaría de Salud, las cuales serán previamente capacitadas y contarán para el desempeño de su trabajo con el acompañamiento de técnicos de CARE coordinados por el Programa USAID|NEXOS. Los miembros de las comisiones se organizarán en subcomisiones para la recolección de información primaria (entrevistas) y secundaria (documental) y para cubrir todos los distintos aspectos que el proceso de auditoría implica. Los protagonistas del ejercicio social serán las respectivas comisiones de transparencia, quienes asumirán responsabilidad sobre los resultados consignados en el informe correspondiente.

3. Alcances:

La Auditoría Social se hará con base en lo establecido en cada convenio de gestión, suscrito para el año 2014, entre la Secretaría de Salud y las mancomunidades CHORTI, COLOSUCA y MANCOSOL como gestoras de servicios de salud de primer nivel. La cobertura por gestor serán todas las unidades de salud de los municipios asignados a la red de cada gestor en el año 2014. Los sujetos de auditoría cubre a todos los involucrados en el convenio que han contraído

obligaciones específicas que están relacionadas con el logro del objetivo analizado en cada paquete a auditar; al respecto los involucrados en el convenio constituyen los siguientes: el Departamento de gestión Descentralizada (DGD); la Región Sanitaria de Copán y Lempira y los gestores de salud que constituyen las mancomunidades CHORTI, COLOSUCA y MANCOSOL.

4. Roles de los sujetos de auditoría:

La investigación se focalizará específicamente en el cumplimiento y desarrollo de las obligaciones contraídas en convenio para cada uno de los involucrados. Los roles a desempeñar en el proceso de Auditoría Social por los sujetos a la auditoría, consisten especialmente en conceder entrevistas a los miembros de las CCTs; conocer el cronograma de trabajo que le presenten las CCTs; designar una persona de enlace por cada involucrado para atender las demandas del grupo de trabajo; brindar de manera oportuna la información que le sea requerida con las evidencias que correspondan; conocer el informe que presente el grupo de trabajo de las CCTs y brindar su retroalimentación al equipo de trabajo de las CCTs; Programar la implementación de las correcciones en las debilidades que sean identificadas y queden en firme en el informe.

Los sujetos de auditoría mostrarán amplia disposición hacia el proceso de auditoría, conscientes de que los resultados de la misma provocarán mejora en el servicio.

5. Roles de los ejecutores de la Auditoría Social:

Los protagonistas de la Auditoría Social serán las comisiones ciudadanas de transparencia (CCT) que estén vigentes en cada uno de los municipios, comprendidos en la cobertura del gestor. Cada comisión designará a sus miembros para

integrarse al grupo de trabajo intermunicipal de CCTs que serán los protagonistas en la ejecución del trabajo de Auditoría Social. Los ejecutores de la Auditoría Social deberán someterse a procesos de capacitación y al desarrollo de jornadas de trabajo para coleccionar y analizar la información y para producir el informe respectivo.

Los ejecutores de la Auditoría Social tendrán un papel activo en el desempeño de su trabajo; estarán empoderados de sus derechos ciudadanos y mantendrán la independencia y objetividad en todo momento para el ejercicio de su trabajo; observarán el comportamiento correcto en las entrevistas, las cuales serán focalizadas a fin de aprovechar los espacios para requerir información de los sujetos de auditoría y verificar procesos prácticos; se abstendrán de adelantar juicios de valor que no estén documentados con las evidencias del caso y se mantendrán firmes y con criterio unificado y solidario en los hallazgos y recomendaciones que efectúen.

Toda la labor que desarrolle el grupo investigador; estará al margen de intereses políticos, religiosos, compadrazgos, intereses de grupo y de cualquier otro asunto que pudiera sesgar el resultado de la investigación.

6. Etapas del proceso de Auditoría Social

La Auditoría Social se desarrollará por etapas de acuerdo a la siguiente distribución:

i) Actividades previas: se elaborará y concertará la metodología entre el Programa USAID|NEXOS y CARE; se capacitará a los consultores que CARE designe para acompañar el desarrollo del trabajo siguiendo la metodología correspondiente; se notificará a los involucrados por el director del Programa USAID|NEXOS el inicio del proceso de Auditoría Social y se hará el “lobby” correspondiente, a través de

los coordinadores territoriales, para asegurar disposición y apertura en el proceso; se visitará a las comisiones de transparencia por área de influencia del gestor; promoviendo su involucramiento en el proceso;

- ii) Se diseñará e implementará el Programa de capacitación a las comisiones de transparencia con base en la metodología establecida y se compartirán los documentos base;
- iii) Se elaborará con cronograma correspondiente con el detalle de las actividades a desarrollar;
- iv) Se diseñarán los instrumentos para las entrevistas con los involucrados;
- v) Se organizarán, solicitarán y efectuarán las entrevistas correspondientes con los involucrados;
- vi) Se organizará y analizará la información recabada y se identificarán hallazgos;
- vii) Se elaborará el borrador de informe correspondiente;
- viii) Se socializará el informe con los involucrados;
- ix) Se fijarán las fechas para seguimiento a las recomendaciones y se divulgará el informe correspondiente.

Dado que la Auditoría Social se hará con base en el convenio suscrito entre la Secretaría de Salud y los gestores (Ver anexo No.1); se han seleccionado temas vinculados entre sí, los que serán analizados en tres paquetes de investigación tendientes a:

- 1) Verificar el grado de desarrollo de capacidad del gestor para asegurar el buen manejo del servicio de salud en el nivel primario;
- 2) Verificar el manejo y disponibilidad de insumos y medicamentos en las distintas unidades de salud bajo la responsabilidad del gestor;
- 3) Verificar la calidad y cobertura del servicio en cuanto a la atención prenatal en el área de influencia del gestor.

El contenido de cada paquete se ha identificado con base en el convenio suscrito relacionando los objetivos; las obligaciones comprometidas por las partes para su logro; los indicadores y metas esperadas; las fuentes de información para confirmar el indicador y los procesos básicos que se deberán analizar en cada caso (ver anexo No.2)

7. Insumos:

CARE como subcontratista del Programa USAID|NEXOS financiará las movilizaciones del grupo de trabajo que sean requeridas, así como asegurará la logística para las jornadas de trabajo del grupo ejecutor de la CCT y para la socialización y difusión del informe, así como para el seguimiento de las respectivas recomendaciones.

8. Productos:

El producto del trabajo ejecutado por el grupo de las CCTs será un informe analítico, que presente hallazgos focalizados con recomendaciones específicas para mejorar las vulnerabilidades detectadas. El informe deberá contener todos los soportes que justifiquen los hallazgos y ser socializado en la región de cobertura del gestor y una vez en firme será remitido a las organizaciones gubernamentales y de la Sociaedad Civil, en el sistema de gobernabilidad del sector salud.

9. Contenido del informe:

Para organizar los resultados del trabajo desarrollado, el informe puede elaborarse con la siguiente estructura de contenido: presentación; objetivo; metodología (incluye las herramientas de investigación); alcance de la auditoría; hallazgos; conclusiones y recomendaciones; fechas para seguimiento a recomendaciones; y anexos.

10. Documentos de referencia:

Los documentos de referencia, para diseñar la presente metodología, son los siguientes: Ley de Municipalidades Título IV, Capítulo X Del Comisionado Municipal y las Comisiones Ciudadanas de Transparencia Municipal; Convenio con cada gestor involucrado suscrito para el año 2014 y sus respectivos anexos; plan de desarrollo de capacidades de cada gestor; índice de salud medido el 2014 para los municipios comprendidos en la red de salud de cada gestor; Transparencia de la Gestión Pública en los Servicios de Salud Descentralizados.

11. Vínculo de la metodología con el documento Transparencia de la Gestión Pública en los Servicios de Salud Descentralizados.

La presente metodología está en afinidad con el documento Transparencia de la Gestión Pública en los Servicios de Salud Descentralizados, elaborado por Secretaría de Salud bajo la asesoría de ULAT, no obstante que en la presente metodología se han delimitado, focalizado y concretado el trabajo a desarrollar para imprimirle práctica al proceso.



MENU DE PAQUETES SUJETOS DE Auditoría Social EN SERVICIOS DE SALUD DE NIVEL PRIMARIO EN EL MARCO DEL CONVENIO SUSCRITO ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL GESTOR

PAQUETE I: Verificar el grado de desarrollo de capacidades del gestor para asegurar el buen manejo del servicio de salud de nivel primario

Objetivo	Obligaciones comprometidas por la Secretaría	Obligaciones comprometidas por la Región Sanitaria	Obligaciones comprometidas por el gestor	Indicadores	Fuente de información	Procesos básicos
Fortalecer la capacidad de gestión en el gestor en los procesos de organización, planificación, dirección, gerencia, monitoreo, supervisión y evaluación.	Proponer las intervenciones necesarias para mejorar el desempeño de los gestores.	Realizar reuniones periódicas con los gestores para dar seguimiento e identificar los problemas técnico-administrativos en la ejecución del convenio.	Elaborar y presentar el Plan operativo y presupuesto para aprobación de la Región Sanitaria.	Cronograma de actividades del POA 2014.	Cronograma de actividades del gestor.	Formas de actualización de cronograma.
		Realizar un monitoreo trimestral para verificar el cumplimiento de metas y remitir los resultados a la DGD en los 5 días hábiles posteriores a la ejecución del monitoreo.	Asegurar la gestión de los recursos para el licenciamiento de las unidades de salud.	Número de instrumentos administrativos, financieros y de gestión que tiene en aplicación el gestor aprobados por la Región Sanitaria.	Documentos existentes, formatos de control interno y sistemas contables computarizados en aplicación.	Proceso de aplicación de los manuales de control interno y contables.
		Verificar el marco de supervisión en el proceso gerencial-administrativo y brindar acompañamiento a la supervisión de su red de servicios cuando lo estime necesario.	Participar en las reuniones que convoque la Secretaría para garantizar la coordinación y la articulación de la red y para la discusión de aspectos técnico-administrativos relacionados con la situación de salud y la prestación de servicios.	Informes mensuales entregados de manera oportuna, completa y correcta aprobados por la Región Sanitaria.	Constancias de aprobación de la Región Sanitaria de los 12 informes del 2014.	Proceso de elaboración de informes mensuales.
		Comunicar oportunamente y socializar con los gestores del cambio de estándares para la prestación de servicios de salud.	Realizar supervisión técnico-administrativa a las unidades de salud para verificar el desempeño de los recursos humanos. Verificar la situación de los servicios y tomar los correctivos.	Unidades de salud con supervisión integral (administración, promoción y aspectos normativos de acuerdo al convenio de gestión).	Programación e Informes de supervisión desarrollados por el gestor.	Proceso de supervisión.

Objetivo	Obligaciones Comprometidas por la Secretaría	Obligaciones comprometidas por la Región Sanitaria	Obligaciones comprometidas por el gestor	Indicadores	Fuente de información	Procesos básicos
			Asegurar la aplicación de medidas correctivas que resulten de los informes de monitoreo, supervisión y evaluación del convenio de gestión.	Gestión de recursos (financieros, humanos y materiales para mejorar el nivel de salud del municipio.	Informes de aportes durante el 2014 de los gobiernos municipales, ONGs, Cooperantes, comunidades u otros.	Proceso de gestión de recursos.
			Garantizar la implementación de procesos de mejora continua de la calidad en unidades de salud y clínica materno infantil.	Plan de mejora continua implementado y actualizado en CESAMOS y clínicas materno infantil.	Documento de plan de mejora en aplicación.	Proceso de elaboración y aplicación del plan de mejora continua en CESAMOS y Clínicas materno infantil.
			Elaborar y ejecutar Programas de capacitación al personal institucional y comunitario en las áreas administrativas, financieras y de prestación de servicios para lo cual deberá remitir a la Secretaría el plan de implementación.	Porcentaje de monitorías seleccionadas y capacitadas en consejería individualizada.	Informes de capacitación.	Verificar el proceso utilizado para determinar necesidades de capacitación de personal en las áreas administrativas y financieras y el proceso de capacitación que al efecto se implementa.

PAQUETE 2: Verificar el manejo y disponibilidad de medicamentos e insumos en las distintas unidades de salud bajo la responsabilidad del gestor.

Objetivo	Obligaciones comprometidas por la Secretaría	Obligaciones comprometidas por la Región Sanitaria	Obligaciones comprometidas por el gestor	Indicadores	Fuente de información	Procesos
Contribuir a la reducción de la prevalencia de la morbilidad general	Dar acompañamiento técnico en el proceso de monitoreo que realiza la Región Sanitaria	Programar y suministrar los medicamentos que se requieren para el abordaje, de problemas prioritarios de salud (tuberculosis, malaria, Chagas, leishmaniasis, lepra, así como los insumos para el control de vectores, vacuna antirrábica humana y canina, planificación familiar, AIN-C, sales para rehidratación, micronutrientes en polvo, sulfato de zinc, y los necesarios para la emergencia nacional.	Asegurar la gestión de los medicamentos e insumos requeridos para la prestación de los servicios así como los medicamentos establecidos en el cuadro básico oficial.	Abastecimiento de insumos y medicamentos priorizados.	Kárdex, registro de sistema de inventario por cada unidad de salud.	Identificación de necesidades de insumos y medicamentos por unidad de salud, planificación de las compras, procesos de licitación y compras directas; análisis de calidad de proveedores; cumplimiento de períodos de entrega; verificación de especificaciones técnicas y vencimientos de los medicamentos, conciliación entre lo demandado y lo ofertado; procesos de registro de ingreso y salida de medicamentos del gestor a las unidades de salud (kárdex); forma de almacenamiento en las unidades de salud; el manejo del inventario en las unidades de salud (kárdex); las formas como las unidades de salud informan al gestor sobre la necesidad de los medicamentos; procesos de verificación de inventarios; número de recetas no atendidas por falta de medicamentos.
		Proporcionar los insumos utilizados en el Programa ampliado de inmunizaciones, vacunas, jeringas, carnet, gráfico de pared de cobertura de vacunación y cajas de eliminación de jeringas utilizadas en el PAI.	Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las neumonías en la población menor de 5 años de las áreas geográficas de influencia del gestor garantizando el suministro necesario de insumos y medicamentos para su tratamiento.	Gestión de recursos (financieros y materiales) para mejorar el nivel de salud del municipio.	Informe del aporte de los gobiernos municipales, ONGs, cooperantes, comunidades u otros que proveyeron recursos o medicamentos en el 2014.	
		Realizar un monitoreo trimestral para verificar el cumplimiento de las metas y la prestación de los servicios convenidos.	Asegurar la entrega de micronutrientes a los niños, niñas y mujeres embarazadas.	Abastecimiento de micronutrientes en polvo.	Informe de monitoreo y kárdex.	
			Realizar supervisión técnica-administrativa a las unidades de salud para verificar el desempeño de los recursos humanos verificar la situación de los servicios y tomar los correctivos.	Unidades de salud con disponibilidad permanente de insumos y equipo para atención de diarreas y para el tratamiento de neumonías en menores de 5 años.	Informe de monitoreo y kárdex.	

PAQUETE 3: verificar la calidad y cobertura del servicio en la atención prenatal en el área de influencia del gestor.

Objetivo	Obligaciones comprometidas por la Secretaría	Obligaciones comprometidas por la Región Sanitaria	Obligaciones comprometidas por el gestor	Indicadores y metas	Fuente de información	Procesos básicos
Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.	Dar asistencia técnica a la Región Sanitaria y al gestor.	Suministrar al gestor las normas y procedimientos para la provisión de servicios de salud y notificar cualquier cambio en las políticas sanitarias, normas de atención y otros.	Asegurar la aplicación de las normas de atención materno neonatal en todas las unidades de salud que gestionan.	Incremento del 20% con respecto a año anterior de la cobertura de atención prenatal (Nº. de embarazadas que recibieron atención prenatal y total de embarazadas nuevas esperadas en el área de influencia.	Atenciones Ambulatorias (ATA); Listado de Mujeres Embarazadas (LISEM).	Procesos determinados por la Secretaría de Salud en las normas para atención y monitoreo de embarazadas.
Incrementar la cobertura de parto institucional en el área geográfica de influencia.	Proponer las intervenciones necesarias para mejorar el desempeño de los gestores.	Proporcionar el material educativo requerido en los diferentes Programas y en la estrategia de comunicación en salud materna.	Hacer la captación oportuna de embarazadas.	Incremento del 15% con respecto del año anterior; en la captación temprana de embarazadas antes de las 12 semanas (Nº. de embarazadas que recibieron su primera atención prenatal antes de las 12 semanas de gestación; total de embarazadas esperadas en el período.	Atenciones Ambulatorias (ATA); Listado de Mujeres Embarazadas (LISEM).	
		Definir el sistema de referencia para la atención materna.	Brindar atención prenatal, incluyendo la detección temprana de complicaciones y manejo de patologías menores.	85% de la Cobertura del parto institucional: Nº. de partos atendidos a nivel institucional (en hospital, clínica materno infantil públicas y privadas y total de partos del municipio.	Libro de partos, LISEM, registro nacional de las personas, informe del personal comunitario	
		Vigilar que el hospital de referencia brinde la atención materna, a las usuarias referidas.	Monitoreo del trabajo de parto.	Incremento del 20% con relación al año anterior. Captación temprana de púrperras y recién nacidos (entre los 3 y 7 días postparto. (Nº. de púrperras que reciben atención entre los 3 y 7 días postparto y total de púrperras esperadas del área de influencia del gestor.	ATA, LISEM, formato de atención (unidad de salud, comunidad) expediente.	

			Atención del puerperio inmediato y seguimiento entre los 3 a 7 días.	Porcentaje de embarazadas que recibieron atención prenatal y se les registró en la historia HCP de acuerdo a la norma materno neonatal.	Registro de Atenciones Ambulatorias por Recurso (AT2-R), LISEM e Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).
			Manejo de complicaciones obstétricas no quirúrgicas (hemorragia postparto, desgarros); procedimientos manuales.	Porcentaje de muertes maternas que fueron reportadas, investigadas y analizadas con intervenciones desarrolladas.	Instrumento para la Vigilancia de la Mortalidad ficha 1 (IVM-1); Instrumento para Vigilancia de la Mortalidad (ficha 2) IVM-2A; Instrumento para Vigilancia de la Mortalidad ficha 3 (IVM-3); guía de vigilancia de mortalidad materna.
			Asegurar el funcionamiento del sistema de vigilancia de la mortalidad materna. Asegurar la capacitación del personal que brinda servicios en la clínica materna infantil. Asegurar la gestión para la existencia de los insumos y medicamentos requeridos para cuidados obstétricos. Asegurar la entrega de micronutrientes a embarazadas. Garantizar la atención del parto institucional. Asegurar el funcionamiento y uso de hogares maternos en los últimos días de embarazo.		

I. PRESENTACIÓN



Para USAID|NEXOS el control social de los servicios locales es un elemento muy importante para lograr la eficiencia, calidad y sostenibilidad en la prestación de los mismos; constituyéndose en un factor clave para favorecer el uso correcto de los recursos públicos. El control social es una práctica ciudadana que permite a la ciudadanía informarse, conocer el uso de los recursos públicos, la toma de decisiones y los avances en diversas acciones de la gestión pública, además de acercar a la Sociedad Civil con el gobierno municipal, gestores y proveedores de servicios.

Desde hace 3 años el Programa desarrolla un intenso trabajo de entrenamiento a Comisionados Municipales (CM) y Comisiones Ciudadanas de Transparencia (CCT) a efecto de proveerles de los conocimientos necesarios para que, de manera responsable y con autonomía propia, puedan implementar ejercicios de control social mediante un proceso metodológico muy práctico y de fácil adopción. Para mayor eficiencia y eficacia en el trabajo de veeduría social, las CCT y CM han logrado atraer a aliados estratégicos que contribuyen a ejercer sus funciones de control sobre los entes prestadores de los servicios, para que logren el mejoramiento empresarial, incrementen la cobertura y calidad de los mismos, principalmente en agua, salud y educación.

Con el nuevo proceso de descentralización de la atención primaria en salud que ha puesto en marcha la Secretaría de Salud, se abre un nuevo espacio para que la ciudadanía, de manera responsable, ejerza acciones de veeduría social; no solo para garantizar el buen uso de los recursos públicos, sino también para contribuir con la sostenibilidad de dicho proceso, asumiendo los roles que le corresponden e incidiendo en una mejora sustancial en la provisión del servicio.

Indudablemente que para un trabajo efectivo de Auditoría Social a servicios de salud de nivel primario, en el marco del convenio suscrito entre la Secretaría de Salud y el gestor, es necesario que los actores sociales responsables del ejercicio de control social, conozcan de manera general la organización de la Secretaría de Salud, el funcionamiento y servicios que prestan los gestores y proveedores del servicio y del convenio de gestión firmado entre la SESAL y el gestor.

La presente guía práctica es un esfuerzo del Programa para favorecer los procesos de transparencia, rendición de cuentas y constituye una hoja de ruta que detalla los diferentes pasos para implementar auditorías sociales a los gestores de servicios primarios de salud; que va desde el entrenamiento a instancias de la Sociedad Civil, la identificación de los temas objeto de auditoría social, la puesta en marcha de la actividad propiamente dicha, la sistematización, el análisis de la información, la socialización de los resultados y el seguimiento preciso a las recomendaciones plasmadas en el documento final de Auditoría Social.

2. CAPÍTULO I. La Secretaría de Salud como rectora del servicio y el derecho a la salud.

2.1 El derecho a la salud y el marco legal en Honduras:

El artículo 145 de la Constitución de la República reconoce el derecho a la protección de la salud; además el capítulo VII en su artículo No. 149, contempla dentro del parámetro de sus competencias la protección a la salud de la población y establece que el Poder Ejecutivo a través de la Secretaría de Salud, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados.

Por su parte la Ley de Municipalidades, en el Artículo 31-A, establece que la Corporación Municipal nombrará un Comisionado Municipal, que ejercerá funciones de contralor social y en el Artículo 59, señala que una de las atribuciones y funciones del Comisionado Municipal es “Procurar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento, cuidando la defensa de los derechos humanos, con atención a grupos vulnerables”. De igual forma, el Artículo 59-B, de la Ley de Municipalidades, establece: “En cada municipio se crearán Comisiones Ciudadanas de Transparencia (CCT), teniendo como objetivo principal realizar auditorías sociales en el término municipal, entendiéndose estas como el proceso de participación ciudadana, tanto de hombres como de mujeres, orientado a vigilar los procesos de la gestión pública que aseguren la transparente ejecución de Programas y proyectos, así como la prestación de servicios públicos de manera eficaz y eficiente”.

Una de las funciones y atribuciones del Comisionado Municipal establecida en el artículo 59 de la Ley de Municipalidades es: “Velar porque la administración de los servicios públicos este fundamentada en un mejor servicio a la ciudadanía”. En el mismo artículo se establece como atribución de la Comisión Ciudadana de Transparencia: “Participar en acciones conjuntas de evaluación de los servicios públicos que presta la municipalidad y otras entidades públicas presentes en el territorio y plantear las recomendaciones del caso.

2.2. La Secretaría de Salud como rectora del servicio de salud

La Secretaría de Salud es la entidad rectora del sector salud y es la responsable de fijar la normativa para atender a la población nacional. El sector salud está en la práctica constituido por la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y las unidades proveedoras del sector privado. Tradicionalmente, la Secretaría ha venido atendiendo a la población a través de la mayor red de establecimientos en el país con 28 hospitales, 32 Clínicas Materno Infantiles y 1,284 establecimientos de atención ambulatoria, distribuidos en 252 de tipo CESAMO (Centro de Salud Médico Odontológico), atendidos por un médico y por un odontólogo, y 1058 de tipo CESAR (Centro de Salud Rural), atendidos por Auxiliares de Enfermería.

Los hospitales regionales y de área, CESAMO, CESAR y Clínicas Materno Infantiles, están bajo la responsabilidad de las Regiones Sanitarias, las cuales dependen jerárquicamente del Secretario de Estado en el Despacho de Salud, quién es apoyado técnicamente por las Direcciones

Generales y demás entidades de la Secretaría de Salud; funcionalmente estas Regiones Sanitarias dependen de la Sub Secretaría de Redes y Servicios.

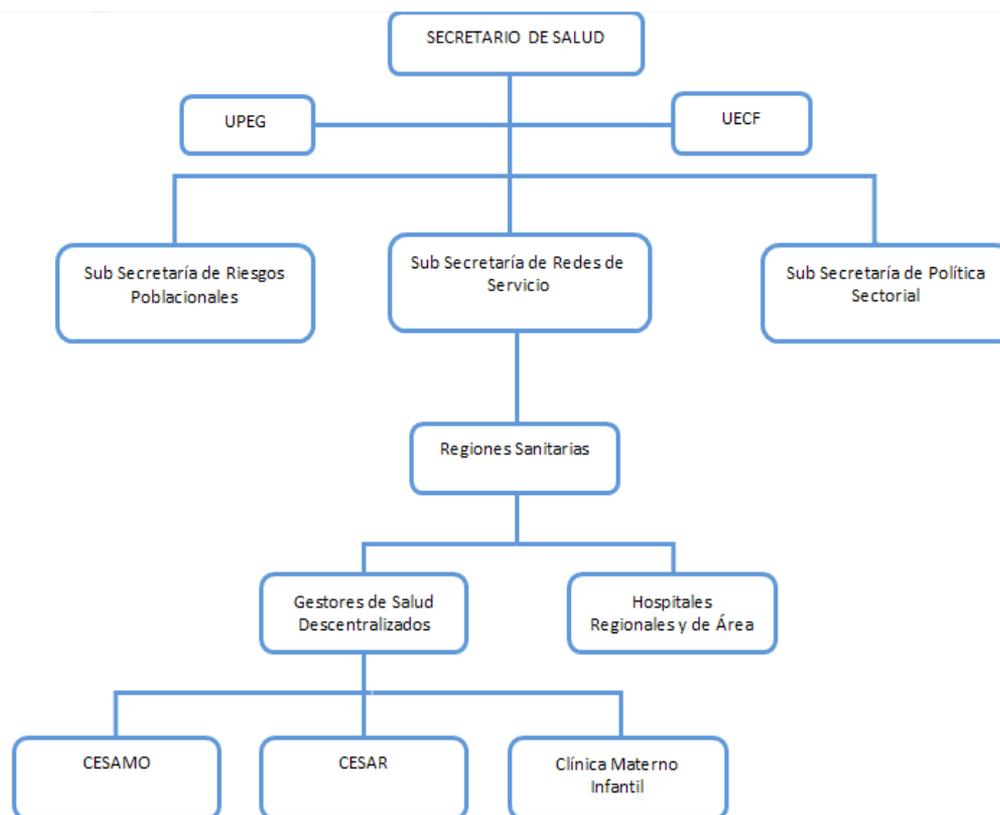
La rectoría del servicio de salud implica:

- a) Conducir la Política Nacional de Salud y hacer que funcione el Sistema.
- b) Planificar los Programas, proyectos y las actividades de todo el sector salud de acuerdo al Plan Nacional de Salud al 2021.
- c) Priorizar la asignación de los recursos hacia aquellos Programas, proyectos o acciones de salud con mejor relación costo/efectividad que aseguren mayor calidad satisfacción impacto en la salud y centrado más en la demanda que en la oferta.
- d) Asegurar una prestación de servicios de salud con la mejor calidad y mayor grado posible de eficiencia.
- e) Aplicar las normas establecidas en las leyes y reglamentos para garantizar el cumplimiento de funciones, atribuciones y obligaciones institucionales y compromisos internacionales.
- f) Vigilar los factores de riesgo mediante un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación para la mejora continua de la calidad de la prestación de servicios.

2.3. Estructura operativa para provisión del servicio de salud en forma centralizada



2.4. Estructura operativa para provisión del servicio de salud en forma descentralizada



2.5. La reforma en el sector salud

Uno de los elementos más importantes de la reforma del sector salud en Honduras, tiene que ver con la extensión de la cobertura; para hacer frente al desafío de aumentar la cobertura, el país ha puesto en marcha un conjunto de experiencias, las cuales en su mayoría se basan en la contratación de la provisión de servicios a terceros, principalmente en las zonas rurales que hasta entonces no habían sido atendidas.

Desde Mayo de 2004, enmarcado en el proceso de reforma, los servicios de salud se han organizado administrativamente en 20 regiones de salud, de las cuales 18 corresponden a las regiones departamentales, una para cada departamento, y las dos restantes que son las

Regiones Metropolitanas correspondientes a las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula. Esta reorganización acercó la estructura regional a la división político-administrativa del país y de esta forma se facilita el proceso de descentralización y la incorporación de los gobiernos locales a la gestión de la salud. También fue desconcentrada la responsabilidad administrativa a las regiones de salud en el ámbito de contratación de personal y ejecución financiera.

La Secretaría de Salud ha dado continuidad al proceso de reforma, “descentralizando” los servicios primarios de salud en 84 municipios, mediante la transferencia de competencias a gestores locales de salud (mancomunidades, patronatos, municipalidades, asociaciones y ONG), proceso que se financia con fondos nacionales

y con financiación externa (préstamos), siendo este último caso un factor de riesgo para la sostenibilidad a largo plazo.

Este proceso de descentralización se ve afectado por el retraso en la firma de los convenios de gestión ya que es requisito esencial que esté aprobado el presupuesto general de ingresos y egresos de la república, la falta de continuidad en el pago a los gestores descentralizados, el rechazo de los sindicatos de salud que opinan que este proceso es sinónimo de privatización.

2.6. Oferta de servicios en el primer nivel de atención en salud

Los servicios de atención primaria se dan en los establecimientos de interés sanitario, donde están incluidos; CESAR y CESAMO, que se definen como aquellos donde se “produce, manipula, almacena, transporta, distribuye, expende o dispensa productos de interés sanitario; así como brinda servicios de salud en forma organizada formalmente clasificados según el grado de complejidad”.

La cartera de servicios de salud en el primer nivel de atención se define como “El conjunto de servicios de promoción, prevención, curación que se brindan a la población para contribuir a mantener las condiciones adecuadas de salud individual, familiar y comunitaria”.



Los servicios de salud que se ofrece a la población en los CESAMO, CESAR, Clínica Materno Infantil.

No.	CARTERA DE SERVICIOS
1	Promoción de la salud.
2	Atención prenatal, natal y postnatal.
3	Cuidado, control y estímulo del crecimiento y desarrollo infantil.
4	Vacunación (cuadro básico).
5	Detección temprana de los cánceres de cérvix y mama.
6	Espaciamiento de los embarazos y protección sexual.
7	Cuidados de la nutrición y sus trastornos.
8	Atención ambulatoria de la morbilidad.
9	Atención de emergencias.
10	Referencia de pacientes.
11	Cuidados buco-dentales básicos.
12	Rehabilitación y reinserción social.
13	Vigilancia epidemiológica, entomológica.
14	Protección y mejoramiento del ambiente.
15	Coordinación intra e intersectorial.
16	Monitoreo de estándares y mejora continua de la calidad de los Servicios.
17	Registro de información sanitaria.
18	Planificación local estratégica.

2.7. Los gestores en el modelo de salud descentralizado

En Honduras generalmente los gestores son mancomunidades de municipios, municipalidades, patronatos y ONGs con experiencia en brindar servicios de salud. Como instrumento legal para delegar el servicio la Secretaría de Salud utiliza el “convenio de gestión para la prestación de servicios de salud de primer nivel entre la Secretaría de Salud y el gestor”: El convenio de gestión tiene como propósito fundamental delimitar las responsabilidades y/o competencias tanto de la SESAL como del gestor y en donde se establecen las actividades, metas e indicadores a cumplir. El gestor como tal debe planificar, organizar, conducir, coordinar y controlar de manera apropiada,

eficiente y transparente, la adquisición y uso de los recursos necesarios para la provisión de servicios, garantizando de esta manera los recursos en cantidad, oportunidad y calidad que cada proceso de atención a la salud requiere.

El convenio define claramente la cartera de servicios, responsabilidades del Equipo de Atención Primaria en Salud (EAPS), guía y formatos para elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS), reglamento fondo solidario, reglamento de personal de la Secretaría de Salud (SESAL), instrumento de monitoreo y evaluación de desempeño, cuadro básico de medicamentos, formatos relacionados con el Programa Bono 10 mil, definiciones y siglas, listado de verificación de normas y protocolos de atención a pacientes.

3. CAPÍTULO II.

La Auditoría Social y temas de auditoría en el primer nivel de atención en salud

3.1. La Auditoría Social como mecanismo para ejercer ciudadanía

La Auditoría Social en salud se define como la práctica ciudadana que vigila, monitorea y evalúa, la calidad y calidez de la prestación del servicio a través del modelo de gestión descentralizada, para lograr cambios necesarios en términos de eficiencia, eficacia, transparencia, prevención, identificación de la corrupción, y colaborar con la mejora continua del servicio.¹

La Auditoría Social es una tarea exclusiva de la ciudadanía, debe ser independiente y las personas e instancias ciudadanas que conducen el proceso deben actuar de manera responsable y con autonomía propia.

¹ Transparencia de la gestión pública en los servicios de salud descentralizado, ULAT, dic-2014

3.2. Propósito de la Auditoría Social

Es importante destacar que la ciudadanía organizada y principalmente las CCT y CM quienes tienen atribuciones legales para desarrollar auditorías sociales, participen activamente en el control social del servicio descentralizado de salud a efecto de evaluar la funcionalidad del modelo de gestión a fin de proponer medidas correctivas que potencian la calidad, cobertura y sostenibilidad global del servicio; de igual manera la Auditoría Social bien concebida y estructurada puede ayudar a determinar el nivel de desempeño del gestor del servicio con base en lo establecido en el convenio de gestión suscrito con la SESAL; además se puede identificar los puntos y áreas críticas que dificultan una atención integral con buena cobertura y calidad.

Para el modelo descentralizado de salud en el primer nivel, la aplicación de auditorías sociales es fundamental para determinar la percepción de la ciudadanía con relación a la gestión del servicio y para establecer un puente de comunicación entre la Sociedad Civil, los gestores y la SESAL a fin de proponer medidas y articular esfuerzos para revertir la problemática de atención primaria en salud y fortalecer los mecanismos de transparencia a nivel local.

3.3. Ámbito de competencia de la Auditoría Social

Las auditorías sociales son practicadas por las Comisiones Ciudadanas de Transparencia, Comisionado Municipales y las/os ciudadanas/os quienes se organizan para vigilar la gestión pública del servicio descentralizado de salud con base en el convenio de gestión suscrito entre la SESAL y el gestor, pudiendo informar a las instituciones públicas y/o entes contralores del Estado de los resultados derivados de las auditorías practicadas, para que dependiendo de los casos, se proceda a la investigación y verificación de los hechos plasmados en los respectivos informes de las auditorías.

Los auditores sociales tienen el deber de conocer el convenio y funcionamiento del establecimiento de salud para actuar de forma objetiva y auditar solamente sobre los resultados que han sido pactados. Los auditores podrán verificar y comparar las actividades del plan del gestor con los resultados reportados por el gestor en la entrevista.²

En todo caso las auditorías sociales y las instancias de la Sociedad Civil que la implementan, no son Tribunales de Justicia y, por lo tanto, no definen ni aplican sanciones por los diferentes actos

² Transparencia de la gestión pública en los servicios de salud descentralizado, ULAT, dic-2014

ilícitos que cometan los funcionarios públicos o representantes de instituciones que reciben fondos del Estado.

3.4. Menú de temas para la Auditoría Social al servicio de salud de nivel primario.

- a) Sobre la satisfacción de los usuarios y usuarias, enfocado en la calidad y calidez del servicios prestado en las establecimientos de salud.
- b) El cumplimiento de acciones relevantes comprometidas por los gestores de servicios de salud que contribuyen a la calidad de los servicios prestados según convenio.
- c) La rendición de cuentas del gestor de servicios.
- d) Seguimiento a los compromisos asumidos por el gestor derivadas de las auditorías sociales practicadas anteriormente.
- e) Personal contratado en cuanto a número de médicas/os, personal de enfermería, promoción, auxiliar técnicos y se compara con la planilla de empleados existentes en la Región Sanitaria respectiva.
- f) Horarios de atención a los pacientes.
- g) Recetas, su otorgamiento exclusivo por el médico/a y su consignación en el expediente.
- h) Necesidades de medicamentos, procedimiento de solicitud, desabastecimientos, etc.
- i) Almacenamiento de medicamentos, la recepción, clasificación, ubicación, custodia, identificación, manipulación y control de existencia, espacios adecuados, temperatura.
- j) Procedimiento para compra de medicamentos.
- k) Cumplimiento de las recomendaciones del monitoreo de salud.

4. CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO



Paso 1. Diseño de la guía práctica

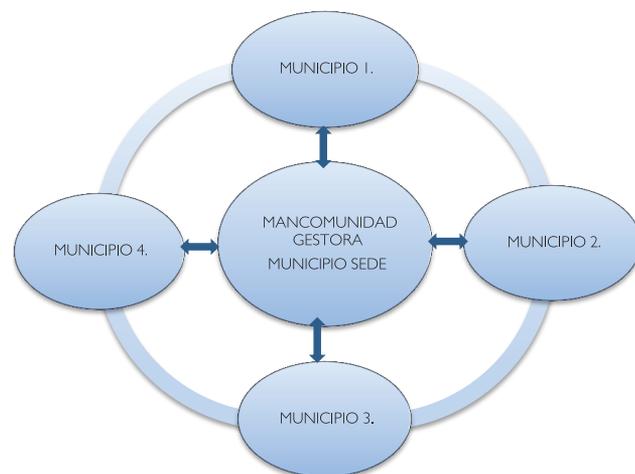
La metodología se diseñó con énfasis en la parte conceptual, es decir haciendo un análisis concreto sobre el sector salud y los elementos claves del quehacer de los gestores de salud descentralizados; las acciones a implementar se definen a través de pasos que van desde el nivel de organización del equipo auditor hasta implementar la auditoría, la elaboración del informe. La socialización de los resultados y el seguimiento a las recomendaciones derivadas de la auditoría.

Paso 2. Organización de la auditoría

Es importante que previo a generar acciones aisladas con escaso contenido y con pobres resultados, conviene hacer un análisis del contexto en que se desempeña el gestor de salud y del funcionamiento del sistema a nivel municipal o de mancomunidad de municipios.

Si el gestor de salud es una municipalidad o un patronato específico, cuyo radio de acción es el municipio, el trabajo de auditoría se hace a través

de un equipo auditor conformado por miembros de la CCT, CM y actores claves de la Sociedad Civil con presencia permanente en el municipio. Cuando el gestor de salud es una mancomunidad de municipios, el nivel de organización se vuelve complejo por lo tanto hay que procurar que la implementación de la auditoría incorpore todas o al menos la mayoría de instancias de Sociedad Civil legalmente constituidas en los municipios miembros (CCT y CM) para una mayor representatividad y legitimidad del proceso.



El esquema anterior muestra claramente cuando un gestor (mancomunidad) tiene un área de influencia en más de un municipio, por lo tanto, se sugiere lo siguiente:

Entrevista directa con representantes de CCT, CM y auditores sociales del municipio para explicar la actividad a implementar y establecer compromisos en torno al ejercicio de control social al gestor de salud; invitarles a reunión con todas las CCT y CM de los municipios para conformar los equipos de trabajo y el equipo auditor responsable de conducir el proceso. Un máximo de 3 representantes por municipio es el ideal para conformar dicho equipo.

- Desarrollo de jornada de trabajo con CCT, CM.

El evento debe ser de carácter informativo, se debe elaborar un guion metodológico y lograr lo siguiente:

- a) Presentar los alcances de la auditoría, los requerimientos mínimos para el desarrollo de la actividad y una constancia firmada por el Pdte. de la CCT y CM donde asumen el compromiso de desarrollar dicha actividad.
- b) Conformar equipo auditor (Comité de auditoría) con amplia representatividad, seleccionados por los representantes de cada municipio.
- c) Obtener una lista larga y corta de temas específicos objeto de auditoría.

En este paso se debe recalcar en lo siguiente:

- a) Delimitación del ámbito geográfico de la auditoría.
 - b) Identificar temas de interés sobre el servicio de salud para que los actores claves de la Sociedad Civil tengan el conocimiento suficiente sobre el tema objeto de intervención.
 - c) Identificar con todo el grupo las necesidades y requerimientos del ejercicio de control social.
- a) Aclarar que la Auditoría Social no tiene connotación política partidaria ni el propósito de descalificar o perjudicar a alguien en particular.
 - b) Valorar la capacidad instalada de las diferentes CCT, CM, auditores etc., en función de la disponibilidad de recursos humanos, financieros.
 - c) Concertar una próxima reunión con el equipo auditor (comité intermunicipal de auditoría)

Paso 3. Diálogo y concertación

El diálogo entre el equipo auditor (comité intermunicipal de Auditoría Social), el gestor y otras dependencias de la Secretaría de Salud es sumamente valioso para abrir espacios a la negociación, consultas y al acceso a la información requerida. Previo a este proceso se debe tener claro los niveles de decisión y competencias de las diferentes estructuras a nivel de gestor que participan en el modelo de salud descentralizado.

El diálogo debe orientarse a armonizar el proceso de auditoría, crear un ambiente favorable para la cooperación y acceso de la información en poder del gestor y avanzar sobre la necesidad de implementar las recomendaciones que se deriven de dicho ejercicio; por su parte el comité de auditoría debe plantear al gestor su compromiso de apoyar los esfuerzos por consolidar el modelo de salud descentralizado del primer nivel con base en la eficiencia, buena gestión y transparencia en el uso de los recursos que se le asigna por parte de la Secretaría de Salud.

Algunas actividades claves del diálogo:

- a. Concertar reunión con el gestor para explicar los alcances de la auditoría.(aprovechar las sesiones ordinarias que celebra Corporación Municipal o Junta Directiva de la mancomunidad gestora)
- b. Entregar nota formal al gestor (Alcalde y/o presidente de la mancomunidad, con copia al gerente, Jefe de Región Sanitaria) firmada por los integrantes del comité de auditoría y obtener su compromiso para facilitar la información respectiva.

Posteriormente se debe hacer un acercamiento con el gerente de la mancomunidad y Coordinador de la red de salud descentralizada para:

- a. Reafirmar el proceso de Auditoría Social, acordar los tiempos en que se desarrollará la auditoría y definir la información requerida.
- b. Concertar un calendario de reuniones para interactuar y responder a las preguntas en función de las herramientas preparadas.
- b) La Auditoría Social como ejercicio ciudadano para favorecer la transparencia en la gestión pública.
- c) La Secretaría de Salud como rectora del servicio y el derecho de las personas a la salud.
- d) El sistema de salud descentralizado.
- e) La oferta de servicios de salud del gestor (Atención Primaria en Salud).
- f) Convenio de gestión para la prestación de servicios de salud de primer nivel entre la secretaría de salud y el gestor.
- g) Análisis de informes de auditoría realizados por la SESAL al gestor.

Paso 4. Entrenamiento, capacitación, equipo /comité auditor

Este paso es fundamental por cuanto se requiere que los auditores sociales encargados de auditar al gestor de salud, tengan los conocimientos y habilidades necesarias para que de manera independiente y con autonomía propia, puedan facilitar el plan previsto. Se requiere que el comité auditor tenga los conocimientos y habilidades necesarias sobre el marco en que se fundamenta la Auditoría Social, asegurar una relación de respeto y colaboración mutua con el gestor auditado y reafirmar que los resultados de la auditoría deben conducir a mejorar la prestación del servicio de salud y no a perjudicar a alguien en particular.

Algunos temas de capacitación se relacionan con:

- a) Marco legal de la Auditoría Social.

Paso 5. Planificación (diseño de herramientas)

Aquí se pone de manifiesto el conjunto de esfuerzos que se deben realizar a fin de cumplir los objetivos y hacer realidad los resultados que se persiguen con la implementación de la auditoría. Lo importante es que el comité de Auditoría Social se apropie del proceso y plasme el conjunto de actividades en un tiempo determinado y defina con claridad los medios logísticos, técnicos y financieros necesarios.

La siguiente matriz puede facilitar la comprensión de un plan de trabajo sencillo y práctico:

Resultado esperado	Qué hacer (La actividad)	Cuándo (tiempo)	Dónde (lugar)	Cómo (método)	Costo (LP)	Quién (responsable)	Material / equipo requerido

Paso 6. Ejecución de la Auditoría Social

Esta actividad requiere que el equipo auditor esté en sintonía, que se hable el mismo lenguaje en torno a los objetivos y alcances de la auditoría

y que sus miembros funcionen como equipo, a efecto de tener complementariedad, colaboración, sentido de responsabilidad y apego a los principios de ética y moral; además, es necesario que manejen adecuadamente las herramientas seleccionadas,

que se hayan concertado las reuniones y convocado a las personas claves, dividiéndose las tareas, es decir, alguien que pregunte y otros que se encarguen de las anotaciones respectivas.

Las herramientas con la información requerida deben estar debidamente ordenadas para que se facilite la sistematización y análisis respectivo, la letra debe ser clara; es deseable documentar el proceso a través de una memoria fotográfica.

Paso 7. Informe de la Auditoría Social

Para efecto de recopilar el conjunto de herramientas con la información precisa, el comité de auditoría, debe convocar a reunión o las jornadas de trabajo necesarias para abordar, entre otros, los siguientes aspectos:

- a) Valorar el nivel de colaboración del equipo técnico y de dirección del gestor.
- b) Determinar la complejidad al momento de recabar la información.
- c) Determinar si se cuenta con información de respaldo adicional.
- d) Sistematizar la información (Asignar responsabilidades a los miembros del comité).
- e) Análisis global del proceso.
- f) Identificación de los hallazgos.
- g) Conclusiones.
- h) Recomendaciones.

El contenido del informe puede incluir, entre otros, los siguientes aspectos:

- Presentación.
- Agradecimiento.
- Antecedentes.

- Objetivo.
- Descripción del proceso metodológico.
- Herramientas utilizadas en el ejercicio de AS.
- Principales hallazgos.
- Conclusiones.
- Sugerencias/Recomendaciones/desafíos.
- Anexos.

Lo importante del informe lo constituye la identificación de los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones las cuales deben redactarse con base en los hechos y/o evidencias encontrados. Esta parte del informe debe tener una intencionalidad constructiva y deben formularse de forma precisa utilizando un lenguaje y terminología comprensible principalmente para la ciudadanía quien es la encargada de dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de dicho informe.

Una vez preparado el informe preliminar, éste se analiza en primera instancia a lo interno del comité auditor y en otro momento se hace del conocimiento del gestor a efecto de validar la información y hacer los ajustes que correspondan; posteriormente se produce el documento oficial de auditoría.

Paso 8. Presentación / socialización de los resultados

Nuevamente el comité debe provocar una jornada de trabajo a efecto de estructurar una presentación PP, que incluya elementos sobresalientes derivados del ejercicio de auditoría (metodología empleada, los principales hallazgos, conclusiones y recomendaciones). Se sugiere hacer una presentación muy comprensible, utilizando un lenguaje apropiado pero enfatizando en los resultados reales del proceso sin quitar ni agregar aspectos subjetivos, enfatizando en potenciar

procesos que se desarrollan adecuadamente por el gestor; pero planteando la problemática encontrada e indicando las recomendaciones que correspondan.

Para mayor impacto y que la ciudadanía conozca los resultados de la auditoría social, es deseable que el informe se presente en asambleas comunitarias y/o cabildos abiertos en cada municipios atendido por el gestor de salud. Para este tipo de eventos se debe girar invitación al Jefe de la Región Sanitaria, técnicos de la red de salud y miembros de la junta directiva del gestor y/o Corporación Municipal.

En cada caso, (presentación de los resultados municipio por municipio) se deben obtener acuerdos de parte del gestor, el gobierno municipal, la ciudadanía y otros actores claves a efecto de viabilizar el cumplimiento de las recomendaciones plasmadas en los informes respectivos.

Paso.9.Seguimiento a las recomendaciones de la Auditoría Social.

El rol de las CCT, CM y principalmente del Comité de Auditoría Social es dar un seguimiento preciso en el cumplimiento de las recomendaciones y continuar con el proceso de diálogo para motivar al gestor e incidir a que elabore un cronograma en donde se plasmen el conjunto de recomendaciones, el momento en que éstas se llevarán a la práctica, los responsables y la asignación de recursos técnicos y financieros para el cumplimiento de las mismas.

Los auditores sociales tienen la tarea ineludible de analizar y revisar periódicamente la implementación de las recomendaciones derivadas de la auditoría; seguramente algunas recomendaciones requieran de recursos técnicos y financieros y que por la falta de éstos, dichas recomendaciones no se cumplan; en este caso los auditores sociales deben asegurarse de obtener las constancias respectivas que avalen tal situación, siempre y cuando se esté seguro que esta condición es real y efectiva.

Es importante que el comité de auditoría mantenga los vínculos de coordinación con el gestor a efecto de coadyuvar para que las recomendaciones se cumplan y se mejoren las condiciones en la mejora del sistema de salud descentralizado.





5. ANEXOS HERRAMIENTAS PARA OBTENER INFORMACIÓN DE ACTORES CLAVES DEL PROCESO DE AUDITORÍA

AUDITORÍA SOCIAL AL SERVICIO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL EN LA MANCOMUNIDAD COLOSUCA

HERRAMIENTA I: RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN AL GESTOR

I.- Verificar el grado de desarrollo de capacidades del gestor para asegurar el buen manejo del servicio de salud de nivel primario.

1. ¿El gestor elaboró el Plan Operativo Anual con su presupuesto el cual fue aprobado por la Región Sanitaria? (Solicite una copia del Plan Operativo aprobado)

Sí _____ No _____

¿Por qué?

3. ¿Cuáles de los siguientes instrumentos administrativos, financieros y de gestión que han sido aprobados por la Región Sanitaria están elaborados y puestos en práctica por el gestor? (Adjuntar documentación, soportes).

No.	Instrumento	SÍ	No	Medio de verificación
1	Libro de registros contables actualizados del mes			
2	Manual de procedimientos administrativos			
3	Sistema contable computarizado (ver reportes)			
4	Sistema de control de inventarios			
5	Manual de funciones			
6	Instrumentos de supervisión integral			
7	Plan de capacitación			
8	Manual de contratación del recurso humano			
9	Plan de mejora continua			
10	Plan de licenciamiento			
11	Inventario de bienes actualizado por cada establecimiento de salud.			
12	Plan de gestión de recursos para el licenciamiento de unidades de salud.			

3. ¿En cuántas reuniones de coordinación ha participado en el 2014, con la Región Sanitaria y el DGD, para la discusión de aspectos técnicos y administrativos? (ver soportes, acuerdos y compromisos, memorias, actas)

4. ¿El gestor elaboró los informes mensuales del año y fueron aprobados por la Región Sanitaria? (Solicite una copia de los informes mensuales elaborados o elabore un acta observando que se encuentran los documentos)

a). Sí _____ b). No _____

¿Por qué? _____

5. ¿Cuántas visitas de supervisión técnica y administrativa realizó el gestor a cada establecimiento de salud de su cobertura? (Solicite copia de los informes de visitas de supervisión o levante acta si observa que los documentos existen).

6. ¿El gestor aplicó medidas correctivas que resultaron de los informes de monitoreo, supervisión y evaluación del convenio de gestión? (Informes, actas, acuerdos y compromisos).

7. ¿El gestor elaboró y ejecutó un plan de mejora continua de los servicios en los establecimientos de salud bajo su responsabilidad? (Solicite la copia del plan de mejora continua de los servicios o levante acta si observa que este documento se encuentra en la oficina e informes de ejecución).

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

8. ¿El Gestor de Salud elaboró y ejecutó un plan de capacitación para el personal institucional y comunitario priorizando el área administrativa, financiera y prestación de servicios? (Muestre plan de capacitación e informes de cumplimiento)

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

9. ¿El gestor realizó un proceso de selección y contratación de personal el cual fue certificado por la Región Sanitaria? (Mostrar procedimiento establecida, documentos)

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

10. ¿Los informes técnicos y financieros producidos durante el año 2014, fueron aprobados por La Región Sanitaria? (Verifique la existencia de las constancias de aprobación de los informes técnicos y si existen levante una acta anotando que se encuentran en la oficina del gestor?).

11. ¿El gestor implementó el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes utilizados por la Red de Salud (mostrar en qué unidades de salud se realizaron inversiones).

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

12. ¿El gestor realizó supervisión técnica y administrativas a la diferentes unidad de salud para verificar el desempeño del recurso humano? (Evaluaciones de desempeño de recurso humano).

13. ¿Con qué recurso humano contó el gestor para el funcionamiento global de la red descentralizada de salud?. (Mostrar detalle y asignaciones).

14. ¿El gestor realizó rendición de cuentas de los servicios prestados en el periodo 2014? (Mostrar informe de rendición de cuentas)?

Sí _____ No _____

II. Verificar el manejo y disponibilidad de medicamentos e insumos

1. ¿El gestor ha actualizado el inventario de medicamentos e insumos para el año 2014? (Adjunte copia del inventario)

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

2. ¿El gestor suministró a cada establecimiento de salud a su cargo, en tiempo y forma los insumos medicamentos para el tratamiento de las neumonías en niños/as menores de 5 años? (Comprobantes de entrega, informes)

Sí _____ No _____

¿por qué? _____

3. ¿El gestor suministró en tiempo y forma los micronutrientes a niños/as y mujeres embarazadas (Comprobantes de entrega, informes)

Sí _____ No _____

¿por qué? _____

4. ¿Cuál fue el procedimiento que utilizó el gestor para la compra de medicamentos? (mostrar proceso de adquisiciones, publicaciones, etc.).

a) Compra directa _____ b) Licitación privada _____ c) Licitación pública _____

d) otro procedimiento _____

Explique. _____

5. ¿Se puso en práctica, con el proveedor de medicamentos e insumos, algunos controles propios de especificaciones técnicas y fecha de vencimiento de los productos?

a) ¿Verificó las especificaciones técnicas? Sí _____ No _____

b) ¿Verificó la fecha de vencimiento? Sí _____ No _____

c) No realizó ningún control _____

¿Por qué? _____

6. ¿La oficina del gestor utilizó algún control de ingreso y salida de medicamentos? (Solicite la copia del control de ingresos y salidas de medicamentos)

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

III. Verificar la calidad y cobertura del servicio en la atención prenatal

1. ¿El gestor aplicó las normas y protocolos para la atención de mujeres embarazadas? (Solicite la copia de las normas utilizadas, detalle: cobertura de atención, embarazadas nuevas, resumen de ATA, etc.).

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

2. ¿El gestor brindó captación oportuna de embarazadas en la clínica materno infantil? (informe, detalle de captación, resumen de ATA, etc.)

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

3. ¿El gestor implementó un sistema de vigilancia para evitar la mortalidad materna? (Informe, estrategia, instrumentos de vigilancia materna)

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

4. ¿El gestor contó con un hogar materno para la atención de la mujer embarazada durante los últimos días de embarazo? (informes)

Sí _____ No _____

5. ¿Se cuenta con recurso humano capacitado para dar respuesta a posibles complicaciones obstétricas? (Proporcionar detalle de personal especializado)

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

6. ¿El gestor realizó acciones para asegurar la atención prenatal en los casos donde existieron detección temprana de complicaciones en el embarazo y manejo de patologías menores? (informes, libros de embarazadas, comunicaciones internas, etc.).

SÍ _____ No _____

¿Por qué? _____

7. ¿El gestor realizó buenas prácticas de captación oportuna de embarazadas? (Informes de atenciones ambulatorias, informes, etc.)

SÍ _____ No _____

¿Por qué? _____

8. ¿Qué acciones correctivas asumió el gestor en función de las muertes maternas que fueron reportadas, investigadas y analizadas? (Informes, fichas de vigilancias, etc.).

AUDITORÍA SOCIAL AL SERVICIO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL EN LA MANCOMUNIDAD COLOSUCA

HERRAMIENTA 2: RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA REGIÓN SANITARIA DE LEM- PIRA

Parte I. Verificar el grado de desarrollo de capacidades del gestor para asegurar el buen manejo del servicio de salud de nivel primario.

1. ¿La Región Sanitaria integró al gestor en sus reuniones de planificación, organización y evaluación del trabajo realizado por la Red de Servicios de Salud?

Sí ____ No _____

(Solicite los informes de las reuniones o fichas de compromisos realizados. Si no presenta informes

¿Qué resultados significativos provocó esta integración con el gestor?

2. ¿La Región Sanitaria realizó reuniones de seguimiento para identificar y resolver problemas técnicos y administrativos en la ejecución del convenio?

Sí ____ No _____

¿Cuántas reuniones? _____

Especificar resultado más relevante:

3. ¿La Región Sanitaria realizó los monitoreos trimestrales para verificar el cumplimiento de metas y remitió los resultados al DGD?

Sí ____ No _____

¿Están tabulados los resultados de las monitorías (los puede mostrar)?

Comentario: _____

4. ¿La Región Sanitaria comunicó oportunamente al gestor sobre los cambios de estándares para la prestación de servicios de salud?

Sí ____ No _____

¿Por qué? _____

5. ¿Durante el año 2014, en qué áreas la Región Sanitaria fortaleció la capacidad del gestor?

a) Procesos de organización: Sí ____ No _____

b) Procesos de dirección: Sí ____ No _____

c) Procesos de monitoreo y supervisión: Sí ____ No _____

d) Procesos de planificación: Sí ____ No _____

e) Procesos de gerencia: Sí ____ No _____

f) Procesos de evaluación: Sí ____ No _____

¿Cuál fue el resultado más relevante de este fortalecimiento al gestor?

6. ¿La Región Sanitaria monitoreó el cumplimiento del plan de desembolsos (cada dos meses) a efecto que el gestor cumpliera las metas del convenio.

Sí ____ No _____

¿Cuál fue el resultado de este monitoreo? _____

7. ¿La Región Sanitaria adoptó medidas para hacer cumplir los desembolsos al gestor tal y como lo establece el convenio suscrito entre el gestor y la Secretaría de Salud?

Sí ____ No _____

¿Qué medidas tomó la Región Sanitaria al respecto? _____

8. ¿Cuáles son las razones atribuibles a la DGD sobre el retraso en los desembolsos para el gestor (si es que hubieron retrasos)?

a). _____

b). _____

c). _____

d). _____

9. ¿La Región Sanitaria realizó al menos un inventario de equipo médico quirúrgico, en poder del gestor y se aseguró de su buen funcionamiento, identificando las limitaciones y potencialidades para brindar el servicio de salud?

Sí _____ No _____ (Mostrar Inventario)

Comentario _____

10. ¿La Región Sanitaria, a petición del gestor, ha conocido sobre el plan de licenciamiento de las unidades de salud de la red descentralizada de salud?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

11. ¿La Región Sanitaria ha realizado acompañamiento técnico al gestor para proponer un plan de licenciamiento de las diferentes unidades de salud?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

Parte. 2. Verificar el manejo y disponibilidad de medicamentos e insumos en las unidades de salud

1. ¿La Región Sanitaria programó y suministró al gestor, los medicamentos e insumos para el tratamiento de enfermedades prioritarias (tuberculosis, malaria, Chagas, Leishmaniosis, lepra)?

- | | | |
|--|---------|---------|
| a) Control de vectores. | Sí_____ | No_____ |
| b) Vacuna antirrábica y canina. | Sí_____ | No_____ |
| c) Métodos de planificación familiar Insumos para el AINC. | Sí_____ | No_____ |
| d) Sales de rehidratación oral (LITROSOL). | Sí_____ | No_____ |
| e) Micronutrientes en polvo Sulfato de Zinc para la diarrea. | Sí_____ | No_____ |

En caso de No: ¿Por qué?

2. ¿La Región Sanitaria se retrasó en el suministro de dichos medicamentos?

Sí_____ No_____

¿Por qué y qué tipo de retrasos?

3. ¿La Región Sanitaria realizó monitoreos en las diferentes unidades de salud para verificar uso y existencia de medicamentos principalmente del paquete básico?

Sí_____ No_____

¿Cuántas visitas en el año?_____

III. Verificar la calidad y cobertura del servicio en la atención prenatal

1. ¿La Región Sanitaria proporcionó al gestor las normas y procedimientos para la provisión del servicio de salud en el área de atención prenatal?

Sí_____ No_____

(Solicitar documentos que respalde la respuesta sí)

2. ¿La Región Sanitaria notificó oportunamente al gestor sobre los cambios en las políticas necesarias y normas de atención prenatal?

Sí_____ No_____

Solicitar documentación soporte (constancias, notas, oficios, otros)

Comentario: _____

3. ¿La Región Sanitaria proporcionó al gestor el material educativo y de comunicación necesario para la sensibilización de mujeres y hombres en salud materna?

Sí_____ No_____

(Solicitar ejemplares o verificar a través de actas de entrega al gestor)

4. ¿La Región Sanitaria remitió al gestor un sistema de referencia para la atención materna?

Sí_____ No_____

(Solicite una copia del documento en referencia o verifique su existencia al momento de la entrevista)

5. ¿La Región Sanitaria ha brindado el seguimiento para que el hospital de referencia brinde la atención materna a las usuarias referidas por el gestor?

Sí_____ No_____

6. ¿Tiene conocimiento la Región Sanitaria sobre el incumplimiento de las metas 2014 por parte del gestor principalmente en las muertes maternas y neonatales?

Sí_____ No_____

Si la respuesta es negativa comente qué acciones adoptó la Región Sanitaria para reducir las muertes maternas.

7. ¿La Región Sanitaria tomó medidas para apoyar al gestor en el marco de la atención prenatal?

Sí_____ No_____

¿Qué tipo de apoyo brindó al gestor?

Final de la entrevista

1. ¿Qué recomendaciones plantea la Región Sanitaria para fortalecer la capacidad del gestor en los procesos de organización, planificación, dirección, gerencia, evaluación y provisión de servicios de salud en el área de influencia del gestor?.

Recomendaciones: _____

2. A nivel de Región Sanitaria, ¿cuáles son las lecciones aprendidas sobre el proceso de acompañamiento técnico al gestor y del modelo descentralizado de salud que impulsa la Secretaría de Salud?.

2.1. Sobre el acompañamiento técnico al gestor

2.2 Sobre el modelo descentralizado de salud que se implementa particularmente en COLOSUCA.

AUDITORÍA SOCIAL AL SERVICIO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL EN LA MANCOMUNIDAD COLOSUCA

HERRAMIENTA 3: RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA (DGD)

1.- Verificar el grado de desarrollo de capacidades del gestor para asegurar el buen manejo del servicio de salud de nivel primario.

1. ¿En el 2014, cuál fue la fecha en que se firmó el convenio de gestión con el gestor para que brindara el servicio de salud de primer nivel?

2. ¿Si el convenio se firmó tardíamente, cuáles fueron las causas que impidieron formalizarlo oportunamente?

3. ¿Una vez firmado el convenio de gestión, el DGD proporcionó asistencia técnica al gestor para mejorar su desempeño? (Solicite los documentos de capacitación o de asesoría proporcionados por la Unidad General Descentralizada de Salud).

Sí _____ No _____

4. ¿Cuál es el rol del DGD en la gestión de los desembolsos para el gestor?

5. ¿En qué fecha se hicieron los desembolsos bimensuales al gestor?

6. ¿Cuáles son las causas atribuibles al retraso de los desembolsos?

- a) Atrasos del gestor en la entrega de informes. Sí _____ No _____
- b) Problemas técnicos administrativos de la Región Sanitaria. Sí _____ No _____
- c) Problemas debido al que presta los fondos. Sí _____ No _____
- d) Otros

7) ¿Qué acciones correctivas implementó el DGD para contrarrestar las limitantes encontradas que favorecieran el cumplimiento del convenio 2014?

8. ¿Con base en los resultados del monitoreo y de la evaluación de desempeño ¿Cómo considera el DGD que fue el cumplimiento del convenio 2014 en relación al año 2013? (informe de resultados, etc.).

9. Considerando el convenio 2014, ¿el DGD otorgó por concepto de cumplimiento de desempeño el incentivo del 1% del monto total presupuestado en dicho convenio?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

II. Verificar el manejo y disponibilidad de medicamentos e insumos.

1. ¿El DGD realizó la evaluación del desempeño del gestor con acompañamiento de la Región Sanitaria? (Adjunte informes)

Sí _____ No _____

2. ¿El DGD proporcionó acompañamiento técnico a la Región Sanitaria para realizar monitoria al gestor de salud? (Solicite la copia de los informes de monitoreo)

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

III. Verificar la calidad y cobertura del servicio en la atención prenatal

1. ¿En qué consistió el acompañamiento técnico que el DGD facilitó a la Región Sanitaria y al gestor para reducir la morbilidad y mortalidad materna? (informes, otros documentos afines).

2. ¿Qué propuestas realizó el DGD para mejorar el desempeño del gestor en materia de incrementar la cobertura de parto institucional en el área geográfica de gestor? (informes, oficios, otras comunicaciones).

Final de la entrevista

1. ¿Cuál es la propuesta del DGD para mejorar los resultados obtenidos por el gestor durante el 2014?

6. ACRÓNIMOS Y SIGLAS

AINC	Atención Integral a la Niñez en la Comunidad
ATA	Atenciones Ambulatorias
AS	Auditoría Social
CESAMO	Centro de Salud Municipal y Odontológico
CESAR	Centro de Salud Rural
CHORTI	Mancomunidad de Municipio de la CHORTI
CMI	Clínica Materno Infantil
CCT	Comisión Ciudadana de Transparencia
DGD	Departamento de Gestión Descentralizada
COLOSUCA	Mancomunidad de municipios de COLOSUCA
CM	Comisionado Municipal
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
IVM	Instrumento para la Vigilancia de la Mortalidad
LICEM	Listado de Mujeres Embarazadas
MANCOSOL	Mancomunidad de Municipios del Suroeste de Lempira
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
SESAL	Secretaría de Salud
SDHJGD	Secretaría de Derechos Humanos, Justicia Gobernación y Descentralización
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés)
USAID NEXOS	Programa de Gobernabilidad Local Transparente y Entrega Mejorada de los Servicios

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución de la Republica de Honduras .Art. 145, 146. Decreto Legislativo 232.2012.
2. Metodología para elaboración de diagnósticos de servicios locales; USAID|NEXOS; dic-2011.
3. Guía metodológica Auditoría Social sectorial (CESAR Y CESAMO), Transformemos Honduras, abril 2013.
4. Transparencia de la gestión de los servicios de salud descentralizados; USAID/ULAT- diciembre, 2014.
5. Secretaría de Salud .2012. Modelo Nacional de Salud de Honduras.
6. Convenio de gestión y provisión de servicios de salud.
7. Ley de Municipalidades .Art. 59.
8. Política Nacional en Honduras de la Auditoría Social de Honduras(PNAS); Mesa intersectorial de transparencia, rendición de cuentas y Auditoría Social; Dr. Lester Ramírez Irías, 29 de abril-2014

